

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ**

## **Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine**

**Збірник тез доповідей  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми  
Сумський державний університет  
2015

Нами були розглянуті методи знеболення, що мають найбільшу актуальність у наш час і широко застосовуються для знеболення пологів в усьому світі. Проаналізована та обґрунтована ефективність різних методик.

Для визначення найбільш досконалого методу знеболення було проведено клінічне дослідження. Дослідження проведено на базі Сумського облм асного перинатального центру. У відповідності до поставлених задач за період з 2013 по 2014 рік було досліджено 120 роділь віком від 20-ти до 35-ти років. За віком відбулося розділення : 20- 25 років – 22 жінки ( 48,88%), 26-30 років – 18 жінок (40%), старше 31 року – 5 жінок (11,12%). Для дослідження було відібрано 3 групи роділь, чисельність кожної групи 40 жінок:

1-ша група – жінки, котрим проводилась епідуральна анестезія.

2-га група – жінки, котрим проводилось знеболення за допомогою пролонгованої комбінованої спіно-епідуральної анестезії.

3-тя група – жінки, котрі для зменшення больових відчуттів при пологах, застосовували немедикаментозні методи знеболення (контрольна група).

Для визначення рівня больових відчуттів використовували суб'єктивну оцінку роділлі, опитування. Нами була розроблена шкала оцінювання, за допомогою якої жінки визначали рівень знеболення при пологах. Рівень болю відмічається на шкалі за допомогою різних кольорів та цифр. Кожна з опитаних жінок повинна була якомога точніше вибрати цифру, що найбільше відповідає інтенсивності больових відчуттів, хоча цей критерій є досить суб'єктивним. Для визначення об'єктивних даних використовували оцінку прогресування пологової діяльності згідно партограми, внутрішнього та зовнішнього акушерського дослідження, психо-емоційний стан, поведінку роділлі, АТ, пульс, дані КТГ плоду.

У результаті власного клінічного дослідження було внесено оцінку больових відчуттів до процедури, через 5 хвилин після процедури знеболення, через 30 хв, через 1 годину після, швидкість розкриття шийки матки та наявність моорного блоку, результат пологів.

Результативність пологів: пологи завершилися через природні пологові шляхи у 38 жінок (95%), 2 жінки (5%) мали слабкість I періоду пологів, 2 пологів (5%) завершилися шляхом кесарського розтину: 1 пологи (2,5%) з приводу дистресу плоду, 1 пологи (2,5%) з приводу клінічно вузького тазу. Усі породіллі у задовільному стані, немовлятам показане сумісне перебування (100%).

Проведене нами дослідження засвідчило, що немає достовірної залежності методики знеболення та результативності пологів, про що свідчить частота кесарського розтину від 2,5% до 5% у всіх групах. Отже, беручи до уваги результати дослідження, можна зробити висновок, що серед досліджуваних методів знеболення пологів найбільш ефективним є пролонгована комбінована спіно-епідуральна анестезія, так як досягається достатній рівень знеболення та відсутній моторний блок, достовірно прискорюється відкриття шийки матки. Також, досягається більш тривалий знеболюючий ефект.

## **ЗВ'ЯЗОК ВАРІАНТУ РАДИКАЛЬНОЇ МАСТЕКТОМІЇ ТА ПОСТМАСТЕКТОМІЧНОЇ ЛІМФОРЕЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Шевченко В.В., Ващенко О.І., Солодченко М.І. – лікарі*

*Ващенко І.О. – студ.6-го курсу*

*Науковий керівник – к.м.н., доц. Шевченко В.П.*

*СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерпії,*

Найчастішим ускладненням радикальної мастектомії (РМЕ) у хворих на рак молочної залози (РМЖ) залишається лімфорея та утворення сером. Це зумовлено тим, що обов'язковим елементом радикальної операції є регіонарна лімфодисекція з видаленням значного об'єму клітковини та пересіченням великої кількості лімфатичних судин. Тривала лімфорея, утворення сером під відсепарованими шкірними клаптями може спричинити інфікування рани, некроз шкіри, розходження країв рани, що збільшує термін перебування хворих у стаціонарі та економічні витрати на їх лікування. При різних варіантах РМЕ, які

використовуються при хірургічному лікуванні РМЖ, об'єм видалених тканин відрізняється, що може істотно впливати на тривалість лімфореї та частоту утворення сером.

**Мета.** Вивчити залежність тривалості та об'єму постмастектомічної лімфореї від варіанту радикальної мастектомії у хворих на рак молочної залози.

**Матеріали і методи.** Проаналізована тривалість лімфореї після РМЕ у 402 хворих на РМЖ, які були прооперовані у СООКД протягом 2013-2014 років. Залежно від варіанту РМЕ хворі рандомізовані на 3 групи, які не відрізнялися за віком, антропометричними даними та стадіями злоякісного процесу. РМЕ за Halsted - Meyer виконана у 5 (1,2%) хворих, за Patey - Dysson – у 112 (27,9%), за Madden – у 285 (70,9%) жінок. Для активного дренажу рани використовували один трубчатий дренаж, який приєднували до вакуумної системи. Дренаж видаляли коли об'єм лімфореї був меншим 30 мл.

**Результати.** Після РМЕ за Halsted – Meyer, при якій об'єм видалених тканин був найбільший, лімфорея тривала у середньому  $23,4 \pm 2,1$  дні, коротшою вона була після РМЕ за Patey - Dysson склавши  $19,4 \pm 2,1$  днів. Це пояснюється тим, що при такому варіанті РМЕ травматичність і масив видалених тканин зменшувалися за рахунок збереження великого грудного м'яза. Найменша тривалість лімфореї зареєстрована у хворих після РМЕ за Madden, яка склала у середньому  $16,1 \pm 1,8$  днів і була суттєво меншою порівняно з РМЕ за Halsted – Meyer ( $P < 0,05$ ). Залежно від варіанту РМЕ об'єм лімфореї також був різним. Найбільшим він був після РМЕ за Halsted – Meyer, склавши в середньому  $1645 \pm 6,1$  мл. Після РМЕ за Madden та Patey – Dysson об'єм лімфореї був суттєво меншим, коливаючись від 560 до 900 мл. ( $P < 0,05$ ). Порівнюючи частоту утворення сероми, інфекційних ранових ускладнень і тривалість стаціонарного лікування хворих при різних варіантах РМЕ було визначено, що після РМЕ за Madden ці показники були найнижчими.

**Висновок.** Тривалість лімфореї та її об'єм корелюють із варіантом радикальної мастектомії, найменшими вони виявилися після РМЕ за Madden, що сприяло зниженню частоти післяопераційних ранових ускладнень та терміну стаціонарного лікування у хворих на рак молочної залози.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАЦІЇ ГАРТМАНА У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

*Шевченко В.П., Кобилецький М.М., Братушка В.О., Соболев Ю.І., Мисловський І.А.,  
Кобилецький С.М., Шимко В.В., Свістунів О.В., Корж А.О.*

*СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.*

Сучасна тенденція в хірургії ускладненого колоректального раку (КРР) заключається у використанні резекційних методів з накладанням первинних анастомозів. Стримуючим фактором є високий ризик неспроможності швів анастомозу, летальність при якій досягає 32,1-100%. Тому, в неспеціалізованих хірургічних клініках при ГОКН найбільшу кількість прихильників має двохетапне лікування, коли на першому етапі використовують операцію Гартмана і ліквідацію колостоми на другому. Ще у 1921 році, на 30 Конгресі французької хірургічної асоціації Henri Hartmann повідомив про 2 хворих з обструктивною карциномою сигмовидної кишки, яким проведена оригінальна операція, яка потім стала епонімом його імені. В наш час існують різні погляди на доцільність використання ОГ при ГОКН. Одні автори вважають, що ОГ застаріла і сьогодні вийшла із моди "out of vogue" інші напрооти розглядають її як "золотий стандарт" в ургентній хірургії ускладненого КРР, яка дає можливість одночасно усунути кишкову непрохідність і видалити злоякісну пухлину.

**Мета.** Проаналізувати результати ургентної операції Гартмана при ускладненому КРР

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз безпосередніх і віддалених результатів операції Гартмана 72 хворих на КРР, ускладнений ГОКН. Середній вік хворих –  $62,8 \pm 3,4$  років. Жінок – 39 (54,2%), чоловіків – 33 (45,8%). Екстрені оперативні втручання виконані у 59 (81,9%), термінові – у 13 (18,2%). В стадії декомпенсації ГОКН - 59 (81,9%), в стадії субкомпенсації – 13 (18,1%) хворих.